

Hege Hofstad  
Marit Kristine Helgesen

# **Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS'etter- og videreutdannings- program for helse og planlegging**

**Delrapport 2**



**NIBR**

Norsk institutt for by- og regionforskning

Følgeevaluering av Helse og  
Omsorg i Plan  
(HELOMPLAN) - KS' etter- og  
videreutdannings-program for  
helse og planlegging

## Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner
NIBR-rapport 2013:18	Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) –KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging. Delrapport 1
NIBR-rapport 2012:13	Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse.

Rapportene koster  
fra kr 250,- til kr 350,-og kan bestilles  
fra NIBR:  
Gaustadalléen 21  
0349 Oslo  
Tlf. 22 95 88 00  
Faks 22 60 77 74

E-post til  
[nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

Publikasjonene  
kan også skrives ut fra  
[www.nibr.no](http://www.nibr.no)  
Porto kommer i tillegg til de oppgitte  
prisene

Hege Hofstad  
Marit Kristine Helgesen

# **Følgerevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS'etter- og videreutdannings-program for helse og planlegging**

Delrapport 2

NIBR-rapport 2014:18

Tittel: **Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS'etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging**  
Delrapport 2

Forfatter: Hege Hofstad og Marit Kristine Helgesen

NIBR-rapport: 2014:18

ISSN: 1502-9794  
ISBN: 978-82-8309-037-6

Prosjektnummer: 3059

Prosjektnavn: HelOmPlan

Oppdragsgiver: KS

Prosjektleder: Hege Hofstad

Referat: Dette er andre delrapport i følgeevalueringen av etter- og videreutdanningstilbudet Helse og omsorg i plan. Rapporten viser studentenes forventninger til kurset og hvordan de vurderer kurset i etterkant. På bakgrunn av disse resultatene gir rapporten anbefalinger for videre utvikling av etter- og videreutdanningstilbudet

Sammendrag: Norsk

Dato: November 2014

Antall sider: 41

Pris: 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21,  
0349 OSLO  
Telefon: (+47) 22 95 88 00  
Telefaks: (+47) 22 60 77 74  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: X-ide  
Org. nr. NO 970205284 MVA  
© NIBR 2014

# Forord

Dette er andre delrapport i følge- og effektevalueringen av etter- og videreutdanningstilbudet ”Helse og omsorg i plan” (Helomplan) som NIBR gjennomfører på oppdrag av KS. Hovedhensikten med delrapporten er å gi innspill til KS og undervisningsinstitusjonenes løpende utvikling av Helomplan basert på dokumentanalyse survey til deltakerne på studiet i forkant og etterkant av studieåret, samt intervjuer i tre deltakende kommuner og en fylkeskommune.

Takk til studenter og undervisningsinstitusjonene som har stilt opp som informanter og til KS og undervisningsinstitusjonene for godt samarbeid i løpet av dette andre semesteret.

Oslo, oktober 2014

Hilde Lorentzen

Instituttetsjef

---

# Innhold

Forord .....	1
Tabelloversikt.....	3
Sammendrag.....	4
1 Om følgeevalueringen.....	6
1.1 Metodiske betraktninger .....	8
1.1.1 Statuskartleggingen .....	8
1.1.2 Undervisningsevalueringen.....	10
1.2 Rapportens struktur.....	11
2 Målgruppens kunnskapsbehov .....	12
2.1 Motivasjonen for å delta .....	12
2.2 Behov for kunnskap om tverrsektorielt arbeid.....	15
2.3 Kunnskap om samhandling.....	16
2.4 Behov for kunnskap om statistikk.....	19
2.5 Suksesskriterier for endring .....	20
2.6 Refleksjonspunkter .....	22
3 Studentens vurdering av Helse og Omsorg i Plan.....	25
3.1 Informasjon og innsikt.....	26
3.2 Gjennomføring av studiet.....	30
3.2.1 Studiets fokus på tverrsektorielt arbeid .....	31
3.3 Arbeidet med oppgaven og eksamen .....	32
3.4 Refleksjonspunkter .....	36
4 Konklusjon .....	38
Litteratur .....	41

---

## Tabelloversikt

Tabell 1.1... Antall deltakere på Helomplan fordelt på ulike respondentgrupper. Respondenter (svart på hele eller deler) i statuskartleggingen i parentes.....	8
Tabell 1.2... Andel som har svart fordelt på studiested (N=106).....	10
Tabell 2.1... Er det etablert møteplasser for planleggere og -/folkehelsearbeidere i kommunen/ fylkes kommunen. I hele tall, prosent i parentes. ....	15
Tabell 2.2... I hvilken grad har du behov for mer kunnskap om tverrsektorielt samarbeid? I hele tall, prosent i parentes. ....	16
Tabell 3.1... Respondentene fordelt på studiested. I prosent, N=106 .....	25
Tabell 3.2... Innsikt i tema. I prosent, N=106. Flere svar mulig. ....	26
Tabell 3.3... Ferdigheter i tverrsektorielt arbeid. I prosent, N=104. Flere svar mulig. ....	32
Tabell 3.4... Studenter som er enige og passe enige i en del påstander om arbeidet med oppgaven. I prosent, N=104. Flere svar mulig. ....	33
Tabell 3.5... Opplevelse av eksamensarbeidet. I prosent, N=104 .....	35



# Sammendrag

*Hege Hofstad og Marit Kristine Helgesen*

**Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan  
(HELOMPLAN) - KS'etter- og videreutdannings-program  
for helse og planlegging**

Delrapport 2

NIBR-rapport 2014:18

På oppdrag av KS/SEVS gjennomfører NIBR en følgeevaluering av Helse og omsorg i plan (Helomplan), som er et ettårig etter- og videreutdanningstilbud på masternivå for ansatte i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn som arbeider med helse, folkehelse, omsorg og planlegging. Målet er å styrke kommunenes planleggingskompetanse knyttet til implementering av samhandlingsreformen. Helomplan er initiert av Helse- og omsorgsdepartementet, mens KS/SEVS er prosjektleder og driver av undervisningstilbudet. Studiet startet opp høsten 2012 og vil pågå til 2015. Helomplan er et ettårig deltidsstudium (30 studiepoeng) som består av fire samlinger, en eksamen og en prosjektoppgave. Rapporten gir en evaluering av det andre studieåret og har til hensikt er å bidra til videreutvikling av undervisningstilbudet.

I første delrapport (Hofstad og Helgesen 2013) ble det gjort en analyse av hvordan undervisningsinstitusjonene og KS/SEVS har oversatt oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Dette er dermed ”sjekket ut” av følgeevalueringen og vil ikke inkluderes i denne delrapporteringen.

Andre delrapport er strukturert omkring tre forskningsspørsmål:

- Hvilket kunnskapsbehov hadde studentene i forkant av undervisningen? (Kapittel 2)

- Hvordan vurderer studentene undervisningen i etterkant av studiet? (Kapittel 3)
- Har studentenes kunnskapsbehov blitt møtt? (Kapittel 4)

Disse spørsmålene belyses gjennom to *surveyer* til studentene, en tidlig i undervisningsåret og en i etterkant. I tillegg har det blitt gjennomført *intervjuer* i tre kommuner og en fylkeskommune med deltakeren på kurset, dennes overordnede og kommune-/fylkesplanleggeren. Følgeevalueringen er dermed basert på en kombinasjon av kvantitative og kvalitative data.

Kapittel 2-4 formidler resultatene av analysen basert på forskningsspørsmålene. Den generelle konklusjonen er at studentene er fornøyde med kunnskapen og kompetansen de tilegner seg gjennom Helomplan. Kunnskapsbehovet er sterkest i forhold til planlegging og oversikt over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer. Dette kunnskapsbehovet blir møtt. Spesielt når det gjelder å gi overordnet informasjon og kunnskap om disse feltene. Imidlertid ønsker studentene mer praksisnær kunnskap – hvordan en planprosess rent faktisk gjennomføres fra a til å og hvordan man utvikler statistikk og indikatorer tilpasset lokale utfordringer. Studentene formidler også at det er i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak utfordringen med tverrsektorielt samarbeid oppleves som mest utfordrende. Her eksisterer det ifølge studentene kultur- og organisasjonsmessige ulikheter, manglende kunnskap og samhandling samt manglende likeverdighet mellom partene der kommunene opplever at helseforetaket sitter med makten. Dette er et område som fortjener oppmerksomhet i undervisningen og som er en god illustrasjon på utfordringer knyttet til tverrsektorielt samarbeid, samt utvikling av planer og strategier.

# 1 Om følgeevalueringen

Dette er den andre delrapporten fra evalueringen av etter- og videreutdanningstilbudet ”Helse og omsorg i plan” (Helomplan) som Norsk institutt for by- og regionforskning har ansvaret for. Studiet er en oppfølging av samhandlingsreformen og startet opp høsten 2012 og vil avsluttes våren 2015. Helomplan er et ettårig deltidsstudium (30 studiepoeng) som består av fire samlinger, en eksamen og en prosjektoppgave.

Evalueringen som helhet består av tre ”arbeidspakker” hvor ulike deler av tiltaket evalueres. For det første ”oppdragsevalueringen” hvordan oppdraget som ble gitt av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet tolkes av iverksetterne av oppdraget, KS/SEVS og undervisningsinstitusjonene. For det andre ”undervisningsevalueringen”, en følgeevaluering av undervisningstilbudet Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Volda, Høgskolen på Lillehammer og Høgskolen i Vestfold tilbyr. Her er målet at følgeevalueringen skal bidra til å videreutvikle undervisningstilbudet. For det tredje ”effektevalueringen” som består av en statuskartlegging av arbeid med helse og omsorg i plan blant første og andre kulls studenter (survey + casestudie). Denne statuskartleggingen gjentas med samme deltakere i 2015. På den måten kan man studere ringvirkninger av utdanningen slik deltakerne på etter- og videreutdanningsstudiet vurderer det. Effektevalueringen vil først rapporteres i 2016. Oppdragsevalueringen ble gjennomført og ferdigstilt i første delrapport (Hofstad og Helgesen 2013) og er derfor ikke hensiktsmessig å gjenta her.

Målet med denne delrapporten er å framskaffe kunnskap om studentenes forventninger til og vurderinger av undervisningen som et innspill til videreutvikling av Helomplan og er derfor en del av undervisningsevalueringen. Likevel vil den trekke på deler av det empiriske grunnlaget til effektevalueringen.

En evaluering kan utføres på veldig mange måter, men et fellestrekk er at man tar utgangspunkt i en politikk, et tiltak eller en norm en gitt praksis speiles opp mot. Så også her. Men et annet, og trolig viktigere element enn å kunne påpeke feil eller mangler, er å bidra til læring og endring underveis i gjennomføringen av tiltaket. Dette gjøres gjennom å bidra med kunnskap og innsikt i hvordan tiltaket har fungert så langt.

Rapporten er strukturert omkring tre forskningsspørsmål:

- Hvilket kunnskapsbehov har studentene i forkant av undervisningen? (Kapittel 2)
- Hvordan vurderer studentene undervisningen i etterkant av studiet? (Kapittel 3)
- Har studentenes kunnskapsbehov blitt møtt? (Kapittel 4)

Disse spørsmålene belyses gjennom innhenting og analyse av ulike typer data.

For det første baserer evalueringen av dette andre året av Helomplan seg på *kvantitative data* fra to surveyer. I år er det inkludert enda et studiested, Universitetet i Agder, og antallet studenter som besvare på spørreskjemaet har derfor økt fra i fjor. Den ene surveyen omhandler status i kommunenes, fylkeskommunenes, fylkesmannen og helseforetakenes arbeid med de problemstillingene som undervisningen er ment å omfatte – integrering av planlegging og helse/omsorg på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, tverrsektorielt samarbeid, bruk av statistiske data, integrert samhandling og planlegging mellom kommuner og helseforetak. Denne ble sendt til alle studentene høsten 2013 og vil omtales som ”statuskartleggingen”. Den andre surveyen er sendt til alle studentene etter undervisningens slutt sommeren 2014, og kartlegger undervisningens nytteverdi for studentene. Denne surveyen vil omtales som ”undervisningsevalueringen”.

For det andre inngår  *kvalitative data* som en del av statuskartleggingen. Nærmere bestemt intervjuer i tre kommuner og en fylkeskommune. I de utvalgte kommunene og fylkeskommunen har deltakeren på kurset, dennes overordnede og ansvarlig for planlegging blitt intervjuet. Vi hadde også lagt opp til å intervju samhandlingsansvarlige i kommunen. Imidlertid organiseres samhandlingen interkommunalt. Vi vurderer det ikke som meningsfylt å intervju disse, da de i liten grad har kontakt med

deltakerne på kurset og derfor i liten grad i stand til å ha noen tanker om betydningen av kurset og hvilke ringvirkninger det kan sies å ha på lang sikt (som er effektevalueringens fremste formål).

## 1.1 Metodiske betraktninger

### 1.1.1 Statuskartleggingen

Surveyen som er en del av statuskartleggingen ble sendt ut til alle studenter i november 2013 for å kunne kartlegge status hos de fire målgruppene – kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og Fylkesmannen – tidlig i undervisningsløpet. Svarprosenten på statuskartleggingen er god. 87 prosent av studentene har svart på hele eller deler av undersøkelsen. Hvis vi bare tar med de som har besvart hele undersøkelsen, får vi en svarprosent på 76 prosent, noe som også må karakteriseres som bra. Tabell 1.1 viser totalt antall studenter og deltakere i statuskartleggingen fordelt på de ulike respondentgruppene.

Tabell 1.1 *Antall deltakere på Helomplan fordelt på ulike respondentgrupper. Respondenter (svart på hele eller deler) i statuskartleggingen i parentes.*

Deltakere	Antall
Kommuner	110 (96)
Fylkesmann	5 (5)
Helseforetak	7 (4)
Fylkeskommune	7 (7)
Andre (KS/studenter)	19 (16)
Totalt	148 (128)

Tabell 1.1 viser, ikke overraskende, at den største respondentgruppen er studenter fra kommuner. Men den illustrerer også en klar utfordring med datamaterialet. Nærmere bestemt at det inneholder få deltakere fra fylkeskommuner, fylkesmenn og helseforetak (og også KS og studenter, men de er ikke en viktig målgruppe for Helomplan). Det lave antallet deltakere fra disse respondentgruppene skyldes selvfølgelig at det er færre av dem i utgangspunktet. Av personvern hensyn er det derfor vanskelig å trekke ut resultater fra en enkelt respondentgruppe med unntak av kommuner.

En generell utfordring med spørreundersøkelser er å formulere spørsmål som oppleves som relevante for respondentene. I statuskartleggingen er dette særlig presserende i og med at den omhandler status i plan-, (folke-)helse- og samhandlingsarbeidet hos hver av de fire målgruppene. Vi har løst denne utfordringen ved at hver respondentgruppe i tabell 1.1 har fått et tilpasset spørreskjema som har blitt laget med utgangspunkt i samme spørsmålsbatteri. På den måten har respondentene mottatt spørsmål som er tilpasset den konteksten de virker i.

Statuskartleggingen består også av intervjuer i tre kommuner og en fylkeskommune. Disse har blitt valgt etter følgende utvalgsriterier:

- Geografisk spredning: Kommunene og fylket som er valgt er geografisk plassert i Nord-Norge, Vestlandet, indre Østlandet og det sentrale Østlandet.
- Kommunistørrelse: Utvalget består av en stor, mellomstor og en liten kommune.
- Spredning på ulike studiesteder: Deltakerne fra kommunene/fylket har fulgt undervisningen ved Høgskolen på Lillehammer, Universitet i Tromsø og Høgskolen i Volda.
- Administrativ kapasitet og kompetanse: Casene har ulik erfaring med folkehelsearbeid etter folkehelseovens prinsipper. En av kommunene og fylkeskommunen har lang erfaring, en kommune er godt i gang, mens den siste kommunen er i startgropa. I tillegg har to av kommunene folkehelsekoordinator, mens den tredje ikke har det. Fylkeskommunen har sterk kompetanse og god kapasitet.
- Type helseutfordringer: Casene varierer i forhold til hvilke helseutfordringer de har og helseutfordringenes omfang

Kriteriene gir mulighet til å se hvordan ulike kommuner (geografi, størrelse, kapasitet, kompetanse, helseutfordringer) responderer på undervisningen. Det førte oss fram til følgende kommuner:

*Kommune A*, en stor, nordnorsk kommune som generelt scorer på landsgjennomsnittet på de fleste parametrene i folkehelseprofilene, men noe lavere på enkelte levekårsparametre og på noen helse og sykdomsindikatorer. Kommunen har folkehelsekoordinator.

*Kommune B*, en noe mindre, men fortsatt stor innlandskommune på

Østlandet som scorer som landsgjennomsnittet eller bedre. Kommunen har ikke folkehelsekoordinator. *Kommune C*, en liten vestlandskommune som stort sett scorer på landsgjennomsnittet på parametrene i folkehelseprofilen. Kommunen har folkehelsekoordinator. Fylkeskommunen har flere folkehelsemedarbeidere. Den scorer lavere enn landsgjennomsnittet på levekår og skoleprestasjoner, men høyere på noen helse- og sykdomsindikatorer.

### 1.1.2 Undervisningsevalueringen

Surveyen som er en del av undervisningsevalueringen ble sendt ut i etter undervisningens slutt – i august 2014. Målet er å få fram studentenes synspunkter på, og erfaringer med, etter- og videreutdanningsstudiet. Spørsmålene er basert på oppdragsdokumentene og skjemaet som ble sendt i 2013. Spørreskjemaet ble sendt 167 studenter. Fire respondenter kunne ikke nås på grunn av ugyldig e-postadresse, dermed kom undersøkelsen fram til 163 respondenter. Av disse er det 106 som har svart på undersøkelsen, altså en svarprosent på 65. De fordeler seg på studiestedene som vist i tabell 2.1.

Tabell 1.2 *Andel som har svart fordelt på studiested (N=106)*

Studiested	Andel studenter som har svart
Lillehammer	14
Høgskolen i Vestfold	22
Høgskolen i Volda	18
Universitetet i Tromsø	19
Universitetet i Agder	27

- Det er flest som har svart som gikk på studiet ved Universitetet i Agder
- Det er færrest svar fra Høgskolen i Lillehammer

En svarprosent på 65 må betraktes som en god svarprosent, og betraktelig bedre enn undervisningsevalueringen til første kulls studenter. Den gangen var svarprosenten 55 %. Likevel hadde det vært ønskelig med en høyere svarprosent. Ikke minst for en

spørreundersøkelse av denne typen, der studentene er gjort oppmerksomme på at de vil få den tilsendt. Med så liten N som 106 gir små endringer i antall store utslag for det helhetlige bildet. Det er likevel valgt å presentere svarene som prosenter, men med unntak for andel svar fra hver institusjon er tallene ikke brutt ned på institusjonsnivå, men behandlet i sin helhet.

Ettersom surveyen ble sendt etter eksamen reflekterer trolig antallet svar at mange har følt seg ”ferdig” med dette etter en krevende eksamen og prosjektoppgave. Det er også slik at hver av undervisningsinstitusjonene gjennomfører sine egne evalueringer av undervisningen. Trolig kan dette også ha bidratt til en viss ”evalueringstrøtthet” blant studentene. I kjølvannet av sist års undervisningsevaluering ble det diskutert om vi kunne samkjøre undervisningsinstitusjonenes og NIBRs evaluering av undervisningen. Det har vi imidlertid ikke lyktes med å få til.

## 1.2 Rapportens struktur

De neste kapitlene (kapittel 2 og 3) presenterer resultatene av henholdsvis statuskartleggingen og undervisningsevalueringen. I slutten av hvert av disse kapitlene formuleres noen refleksjonspunkter – innspill til videreutvikling av undervisningstilbudet basert på de dataene disse arbeidspakkene inneholder. I kapittel 4 presenteres noen langsgående anbefalinger. Gjennom sammenlikning av resultatene fra statuskartleggingen og undervisningsevalueringen får vi et bilde av om de kunnskapsbehovene studentene meldte om ved oppstarten av studiet (statuskartleggingen) er besvart i løpet av undervisningsåret (undervisningsevalueringen).



## 2 Målgruppenes kunnskapsbehov

Målet med dette kapitlet er å presentere resultater fra statuskartleggingen som anses som relevante for videreutvikling av undervisningstilbudet. Fokus vil være på studentenes kunnskapsstatus på sentrale felt i undervisningen og de kunnskapsbehov de rapporterer om. Surveydata fra statuskartleggingen som ble gjennomført ved starten av undervisningsåret utgjør det empiriske grunnlaget for dette kapitlet. Også intervjudata fra samme kartlegging vil benyttes. Kapitlet munner ut i en oppsummering hvor refleksjonspunkter for videre utvikling av studiet presenteres.

### 2.1 Motivasjonen for å delta

Den tydeligste motivasjonen for å delta på Helomplan blant deltakerne fra kommunene og fylkeskommunen er et ønske om å få sterkere innflytelse på, og å kunne bidra mer aktivt i, plan- og beslutningsprosesser. Slik formulerer to av informantene fra casekommunene det:

[Vi trenger]... kompetanse for å jobbe med endring og å finne en ny retning. I det miljøet her, jeg jobber i stab hos kommunaldirektør for helse og omsorg, altså på strategisk nivå. Vi har ikke mye kompetanse på strategisk planlegging. Vi er mye dyktigere på virksomhetsplanlegging enn vi er på strategisk planlegging (deltaker kommune A).

Jeg ønsker å kunne bidra bedre i kommuneplanprosessen (deltaker kommune C).

Det å kunne stå sterkere rustet i plan- og beslutningsprosesser anses som viktig. Både økonomiavdelingen og politikere nevnes

som viktige å kunne ”matche” på en bedre måte. Gjennom utdannelsen ønsker studentene å skaffe seg bedre forståelse for ord, begreper, samhandlings- og prosessverktøy som gjør det enklere å inngå ikke bare i planprosesser, men i det tverrfaglige helse- og folkehelsearbeidet mer generelt.

Disse funnene reflekteres også i statuskartleggingen. I et åpent spørsmål i surveyen blir respondentene bedt om å beskrive hvordan de har tenkt å bruke kunnskapen de tilegner seg i studiet. Av de 69 respondentene som har besvart dette spørsmålet, oppgir 64 prosent at de ønsker å bidra i kommuneplanarbeidet. I tillegg ønsker 22 prosent å bruke kunnskapen til å skape bedre planlegging innenfor helse- og omsorgstjenesten. Ønsket om økt plankompetanse dominerer svarene også fra fylkene. Slik formulerer en av respondentene det:

Høy egen kompetanse på plan er viktig i forhold til eget arbeid for å bidra til å utvikle samarbeidet internt i fylkeskommunen, og ikke minst for å støtte opp under kommunene sitt arbeid både i samtaler, på planmøter, osv (respondent fra fylkeskommune, statuskartleggingen).

Deltakerne fra helseforetakene og fylkesmannen har ikke på samme måte en like tydelig beskjed når det gjelder hvordan de har tenkt å bruke kunnskapen fra studiet. De få respondentene vi har (henholdsvis 4 og 5 stykker) gir ikke enhetlige svar, og det er derfor vanskeligere å identifisere klare mønstre her. Planlegging nevnes, det å kunne bidra i det tverrsektorielle arbeidet likeså.

Å bidra i tverrsektorielt samarbeid er den nest hyppigst nevnte motivasjonsfaktoren blant deltakerne fra kommunene. 28 prosent løfter fram dette som et område de ønsker å bruke kunnskapen de tilegner seg gjennom kurset på.

I statuskartleggingen bes respondentene om å spesifisere behovet for mer kunnskap knyttet til planlegging som et verktøy for (folke-) helsearbeidet. Planlegging løftes her fram som en nøkkel til å øke bevisstheten om at målene innenfor helse og folkehelse krever at flere sektorer bidrar. Slik oppsummeres dette av en av respondentene:

Helse og omsorg har et stort behov for økt planleggingkompetanse. Dette gjelder på flere områder, f.eks:

- vi er ikke flinke nok til å planlegge for fremtiden. Dette medfører for stor bruk av ad-hoc-løsninger, og som oftest er dette dyre løsninger for kommunen
- vi må bli flinkere til å avklare hvilke aktører som skal involveres og å involvere disse på riktig tidspunkt i planleggingsprosessen
- vi må bli flinkere til å skape legitimitet for de tiltakene som vi iverksetter og for utfordringene helse og omsorg står overfor. Dette gjelder på alle nivåer, fra politisk til medarbeiderne "på golvet"
- når vi har laget gode planer er vi ikke gode nok til å få disse iverksatt, dvs fra plan til handling
- vi må bli flinkere til å ivareta helseutfordringer i overordnede planer i kommunen, eks kommuneplanens arealdel og samfunnsdel (respondent fra kommune, statuskartleggingen).

Det som beskrives her er hvordan én sektor, helse og omsorg, sliter med å arbeide strategisk og å forankre sitt utfordringsbilde hos andre sektorer og aktører. Ifølge respondenten er planlegging, og det å følge opp planene, en nøkkel til å bli bedre på dette.

Behovet for plankunnskap henger også sammen med et behov for økt forståelse for hva planlegging er. Respondentene formidler at de har behov for kunnskap om planhierarkiet, om planverk, om strategisk planlegging og om planprosesser. Med andre ord er en interessert i å forstå planpraksisen bedre for å kunne hevde seg i planleggingen.

Videre er en viktig beveggrunn for hvorfor en ønsker å komme i sterkere inngrep med planlegging at det gir mer kunnskap om statistikk, samt tolkning av den. Gjennom statistisk kunnskap kontekstualiseres helse- og omsorgs- og folkehelsearbeidet, noe som sees på som nyttig.

Vi har sett at planlegging og tverrsektorielt samarbeid er nært koblet. Vi vil nå se nærmere på studentenes behov for kunnskap om tverrsektorielt arbeid.

## 2.2 Behov for kunnskap om tverrsektorielt arbeid

La oss starte med å se hvilken erfaring deltakerne har med tverrsektorielt samarbeid. I statuskartleggingen spør vi deltakerne fra kommuner og fylkeskommuner om de har etablert møteplasser for helse-/folkehelsearbeidere. Resultatet vises i tabell 2.1 under.

Tabell 2.1 *Er det etablert møteplasser for planleggere og helse-/folkehelsearbeidere i kommunen/fylkeskommunen. I hele tall, prosent i parentes.*

Svaralternativ	Kommunene	Fylkeskommunene
Nei	39 (46)	1 (17)
Ja	32 (38)	4 (66)
Vet ikke	14 (16)	1 (17)
Totalt	85 (100)	6 (100)

Det gir liten mening å operere med prosenter i forhold til seks respondenter slik tilfellet er for studentene fra fylkeskommunen. Det en ser her, er imidlertid at et flertall av de seks fylkeskommunene har etablert møteplasser og dermed har erfaring med tverrsektorielt samarbeid. For kommunenes del er det flere kommuner som ikke har etablert møteplasser enn de som har det. Hvis vi legger til de som ikke vet om det er etablert møteplasser, og som må antas å ha liten erfaring med slikt arbeid, utgjør denne gruppen hele 62 prosent av kommune-respondentene. 32 prosent av kommune-respondentene kommer fra kommuner hvor det er etablert møteplasser for planleggere og helse-/folkehelsearbeidere. Disse resultatene fungerer som et nyttig bakteppe når vi nå skal se på deltakernes kunnskapsbehov i forhold til tverrsektorielt samarbeid.

I spørreskjemaet blir studentene spurt i hvilken grad de har behov for mer kunnskap om tverrsektorielt samarbeid. Tabell 2.2 viser resultatene for alle fire målgruppene – kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og helseforetak. I tillegg har vi her

tatt med de som faller i kategorien «andre», det vil si studenter, deltakere fra KS og lignende som er tatt opp på studiet.

Tabell 2.2 *I hvilken grad har du behov for mer kunnskap om tverrsektorielt samarbeid? I hele tall, prosent i parentes.*

Svaralternativ	Kommuner	Fylkesk.	Fylkesm.	Helsef.	Andre
I stor grad	33 (39)	0 (0)	0 (0)	2 (67)	8 (54)
I middels grad	41 (48)	5 (83)	2 (50)	0 (0)	5 (33)
I liten grad	9 (11)	1 (17)	2 (50)	1 (33)	2 (13)
Nei, ikke behov	2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Vet ikke	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Totalt	85 (100)	6 (100)	4 (100)	3 (100)	15 (100)

Til tross for at en majoritet av respondentene fra kommunene ikke har erfaring fra tverrsektorielt samarbeid, er det bare 33 prosent av disse som mener at behovet for denne kunnskapen er stor.

Flertallet av kommune-respondentene har et middels eller mindre behov for kunnskap om tverrsektorielt samarbeid.

Resultatet fra fylkeskommune-respondentene er mer i tråd med hvilken erfaring de har med tverrsektorielt samarbeid. Der hadde et flertall etablert møteplasser, og de har middels eller lite behov for kunnskap om tverrsektorielt samarbeid.

To av de tre respondentene som representerer Helseforetakene har et stort behov for kunnskap om tverrsektorielt samarbeid, og det har også flertallet av de som representerer kategorien «andre». Hele 13 av 15 i denne kategorien har stort eller middels behov for slik kunnskap.

## 2.3 Kunnskap om samhandling

Til nå har vi sett på planlegging og tverrsektorielt samarbeid internt hos de ulike aktørene, først og fremst i kommunene og fylkeskommunene. Men Helomplan har også til hensikt å være et virkemiddel i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. I den kvantitative delen av statuskartleggingen har studentene fra kommuner og helseforetak derfor blitt spurt om de har behov for mer kunnskap om samhandling. I begge tilfeller svarer halvparten av respondentene at de kun har middels behov for slik kunnskap. Her er det viktig å presisere at det kun er tre studenter som

representerer helseforetak. Blant deltakerne fra kommunene er det 27 prosent som har stort behov for slik kunnskap og 18 prosent som har lite behov for kunnskap om samhandling med helseforetak.

Likevel er det slik at halvparten av deltakerne som representerer en kommune opplever samhandlingen med helseforetakene som utfordrende. Tre årsaker til at samhandlingen oppleves som utfordrende og krevende nevnes. For det første opplever kommunedeltakerne at det er en *kulturforskjell* mellom helseforetak og kommuner:

Helseforetak og kommunen arbeider etter forskjellige prinsipper. Foretaket er en egen «bedrift» og jobber etter inntektssystemet ISF og DRG finansiering. Kommunene blir politisk drevet på en annen måte, ser at det er utfordrende å forstå hverandres arbeidsmåte.

Helseforetaket jobber i et mye raskere tempo enn det en kommune kan klare å gjøre da kommunen må forholde seg til politiske prosesser og føringer.

Kulturforskjellen handler om at de to aktørene opererer etter to helt ulike beslutningssystemer – det politiske og det faglig-administrative. I tillegg styres kommuner og helseforetak helt ulikt fra nasjonalt hold, noe som gjør at rammene for deres virksomhet er forskjellig.

For det andre nevner respondentene fra kommunene at helseforetakene har *manglende kunnskap* om lokale forhold og lite eller ingen interesse eller vilje til samhandling og samarbeid:

Helseforetaket iverksetter tiltak, oppretter nye tilbud uten å inkludere kommunen for å forhøre seg om dette er i tråd med behov, eller om det stemmer med satsingsområder og sentrale føringer for oppgavefordeling. Kommunen opplever at helseforetaket «lever sitt eget liv».

Det er lite kunnskap om kommunene i helseforetaket – noe som er forståelig siden det er mange kommuner å forholde seg til. – med et mangfold av løsninger.

Sykehuset planlegger ikke utskrivning og videre tiltak i samarbeid med kommunene. Når pasienten er meldt utskrivningsklar så er sykehuset «ferdig» med sin jobb. Dette ER IKKE samarbeid, knapt nok samhandling.

Her beskrives helseforetak som opererer helt uavhengig av kunnskap om lokale forhold, prioriteringer og behov. Samtidig vises det til at det er lite samarbeid og kontakt mellom de to aktørene. Bak dette, mener respondentene, ligger et skjevt *maktforhold* mellom kommuner og helseforetak. Og dette utgjør den tredje utfordringen i forholdet mellom de to:

Det er utfordrende å bli behandla som likeverdige partnarar med helseføretaka. Vi opplever en ovanfrå og ned haldning.

Helseforetaket er premissleverandør og har «makta» til å bestemme både om pasienter er utskrivningsklare og om og når de skal sendes ut (...) vi opplever ikke at det er et likeverdig forhold.

Denne oppfatningen av kultur- og organisasjonsmessige ulikheter, manglende kunnskap og samhandling samt et skjevt maktforhold mellom kommuner på den ene siden og helseforetaket på den andre, kan fungere som et nyttig bakteppe når Helomplan-undervisningen skal utvikles videre.

Helomplan handler om å øke kompetansen på planlegging. Studentene fra kommunene har derfor blitt spurt om økt plankompetanse kan avhjelpe utfordringene med samhandlingen mellom helseforetak og kommuner (åpent spørsmål). Litt over halvparten av respondentene mener økt plankompetanse vil være nyttig også i forhold til samhandlig. Følgende sitater viser argumentene som går igjen blant dem som er positive:

Vi kan i større grad stille krav. Kunnskap er makt:)

Ja, i forhold til hvordan berørte parter involveres i prosesser. Det ligger en forventning om større samspill mellom partene – da trengs det kunnskap og ferdigheter innenfor kommunikativ planlegging.

Absolutt, som et svært viktig redskap for å møte kommende samfunnsutfordringer.

---

Altså er tanken at økt plankompetanse kan bidra til å øke samhandlingen, skape et mer likeverdig forhold mellom kommuner og helseforetak og gjøre arbeidet mer langsiktig. De som er mer avventende eller negative, løfter fram at:

Handler mer om holdning og forståelse enn planlegging.

Tror ikke det hjelper for samhandling, men kan gi oss i kommunene mulighet til å vurdere hvilke faktorer som spiller inn for å kunne planlegge de tiltak og tjenester vi bør etablere i kommunene.

De mener med andre ord at det ikke er i forhold til planleggingen skoen trykker mest. 70 prosent av kommune-deltakerne mener kunnskap om tverrfaglig arbeid knyttet til iverksettingen av samarbeidsavtalen mellom kommune og helseforetak er en kjerneutfordring. Dette stemmer godt med det utfordringsbildet som er vist over.

## 2.4 Behov for kunnskap om statistikk

Folkehelseloven fra 2012 forsterker fokuset på viktigheten av at kommuner og fylkeskommuner har oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helsen som et grunnlag for planer og beslutninger. Folkehelseprofilene, som viser fylkeskommunenes og kommunenes skår på utvalgte folkehelseindikatorer satt sammen av Folkehelseinstituttet, er en del av dette forsterkede fokuset. I tillegg skal kommunene basere seg på informasjon fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og andre kilder til kunnskap om helsetilstand lokalt. I hvilken grad har studentene behov for kunnskap om dette oversiktsarbeidet?

Folkehelseprofilene er godt kjent blant 2. kullstudentene. Likevel er det slik at det å oversette informasjonen fra profilene til et kunnskapsgrunnlag for planlegging og tiltak har kommet kortere. Et flertall av kommunene og fylkeskommunene har ikke utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer for helsen – nærmere bestemt 67 prosent<sup>1</sup> av kommunene og fem av sju fylkeskommuner.

---

<sup>1</sup> Dette tallet inkluderer nei og vet ikke-svar.



På spørsmål om i hvilken grad studentene fra fylkeskommuner og kommuner har behov for mer kunnskap om helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer, svarer et flertall at de i stor grad opplever et slikt kunnskapsbehov. Dette gjelder fem av seks av studentene fra fylkeskommunen og 64 prosent av studentene fra kommunene (N=90). 30 prosent av kommunedeltakerne har et middels behov for slik kunnskap.

Alle studentene fra Fylkesmannen sier de gir veiledning og råd til kommuner om hvordan de kan utarbeide oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. De gir også veiledning og råd til hvordan denne oversikten kan integreres i kommuneplanleggingen. Denne kunnskapsformidlingen synes imidlertid ikke å være tilstrekkelig til å dekke kommunenes kunnskapsbehov. Undersøkelsen gir heller ikke svar på om dette er noe alle Fylkesmenn gir.

Deltakerne på kurset ble også spurt om hvilke kilder de benytter i sitt daglige virke. Nærmere bestemt om de benytter informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester, informasjon fra fylkeskommunen, offentlig statistikk (folkehelseinstituttet, Norgeshelse, IPLOS, etc) og/eller informasjon fra forskningsmiljøer. For deltakerne fra kommunene er informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester viktigste kunnskapskilde, etterfulgt av offentlig statistikk og informasjon fra forskningsmiljøer. For deltakere fra fylkeskommunen er informasjon fra fylkeskommunen viktigste kilde, deretter følger informasjon fra forskningsmiljøer og offentlig statistikk. For studentene fra fylkesmannen er informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester og forskningsmiljøer viktigste kunnskapskilde. For studentene fra helseforetakene sin del er det vanskelig å se noe klart mønster. Denne gruppen utgjør kun tre stykker og når svarene deres i tillegg spriker er det vanskelig å si noe samlet om dem.

## 2.5 Suksesskriterier for endring

I statuskartleggingen ble studentene også spurt om hva de anser for å være suksesskriterier for at erfaring og kunnskap fra kurset skal bidra til endring i kommunen, fylkeskommunen, helseforetaket og hos fylkesmannen. Respondentene trekker fram

faktorer i organisasjonen, hos den enkelte deltaker og i undervisningen i sin beskrivelse av suksesskriteriene.

Suksesskriterier i kommunen/fylkeskommunen/helseforetaket/fylkesmannen:

- At en tettere integrering av helse og omsorg i plan er forankret i toppledelsen administrativt og politisk
- At en tettere integrering av helse og omsorg i plan er forankret på tvers av organisasjonen
- At det settes av personellmessige og økonomiske ressurser til å følge opp. Flere sier at det er en fordel om flere fra samme aktør deltar. Blant annet trekkes det fram at det vil være positivt om både folkehelsekoordinator og planlegger deltar.
- At kommunen har utviklings-arbeid/utredning/konsekvensutredning/forskning som den ønsker å gjennomføre og som kunnskapen fra kurset kan fåes inn i.
- At kunnskap fra kurset bidrar til systematisering av det langsiktige folkehelsearbeidet
- At man evner å tenke nytt. Blant annet nevnes viktigheten av å skape samarbeidsarenaer der man kan tenke kreativt – en slags kommunal «tankesmie»
- At kursdeltakeren og kunnskapen denne besitter får innpass i planprosesser og dermed kan bidra til bedre prosesser og resultater

Suksesskriterier hos deltakeren:

- At man klarer å argumentere kunnskapsbasert
- At man utvikler et «helikopterperspektiv»

Suksesskriterier i undervisningen:

- At undervisningen er praksisorientert. Dette innebærer en sterkere kobling av teorien/forskningsfokuset på den ene siden og arbeidshverdagen på den andre gjennom å vise hvordan man kan nyttiggjøre seg teorien i praksis.

Flest innspill går på betingelser som må være tilstede i «moderorganisasjonen». Men det er også verdt å merke seg at man

i sterkere grad enn hos forrige kull er opptatt av at forskningsfokuset er for sterkt. Forrige år var man snarere opptatt av at det ikke skulle bli *for* praksisnært ved at man fikk inn praktikere fra kommunen som fortalte om eget arbeid som var kjent for studentene. Så trolig er dette ikke veien å gå. Utfordringen ligger snarere i å gjøre teorien relevant for studentenes arbeidshverdag og ikke gå for langt i retning av forskning. En student sier det så tydelig:

EG MEINAR KURSET ER ALT FOR FORSKNINGSPREGA. Praksisfeltet treng strateger, ikkje eksperter på PICO-skjema og litteraturhenvisningar (statuskartleggingen, deltaker fra kommune).

Her settes fingeren på den vanskelige balanseringen mellom å gi studentene innføring i akademisk metode og å gi praksisrelevant kunnskap. For å få til en god balanse mellom disse to, er man avhengig av å kjenne praksisfeltet godt slik at en i undervisningen klarer å eksemplifisere og forklare teorien på en god måte. Det er en utfordring å få dette til, gitt kursets brede tematiske fokus.

## 2.6 Refleksjonspunkter

Ikke overraskende er fremste motivasjonsfaktoren til de som deltar på Helomplan at de ønsker å lære mer om planlegging. Kunnskapsbehovet beskrives på to måter. Økt plankompetanse er tenkt å avhjelpe et behov for en mer strategisk forankring av arbeidet. Både i form av utarbeiding av strategiske planer innenfor egen sektor, men spesielt i form av økt kompetanse på kommuneplanlegging (både planer og prosesser) og en bedre evne til å forankre egne målsettinger i slike overordnede planer og i politisk og administrativ toppledelse. Kunnskapsbehovet relateres også til et behov for å forankre mål og prioriteringer på tvers i organisasjonen. Gjennom økt plankompetanse kan en i større grad engasjere seg i kommunens planprosesser. Dermed øker en sjansen for å vinne innpass og få innflytelse på andre sektorers mål og prioriteringer slik at helse-/folkehelse mål forankres på tvers.

Et annet tydelig kunnskapsbehov er knyttet til utarbeidelsen av oversikt over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommuner og fylkeskommuner. Med folkehelseloven

skal kommuner og fylkeskommuner utarbeide en slik oversikt. Dette er et arbeid som fortsatt er i støpeskjeen hos flertallet av deltakerne fra kommunene og fylkeskommunene. Hvis det ikke allerede gjøres, kan det være en idé å koble statistikkundervisningen direkte til arbeidet med helseoversikten. Studentene vil da få et svært relevant eksempel som de har stort behov for mer kunnskap om. Som vi skal komme inn på under, vil dette ikke bare være relevant for deltakere fra kommuner og fylkeskommuner. Fylkesmenn driver kompetanseutvikling på oversiktsarbeidet. Også for helseforetakene vil dette være nyttig.

Et tydelig funn i statuskartleggingen er at det eksisterer en avstand mellom helseforetak og kommuner. Den består av en kultur- og organisasjonsmessig ulikhet, manglende kunnskap om hverandre og for lite samhandling. I tillegg opplever kommunene at det er et skjevt maktforhold mellom helseforetak og kommuner der helseforetaket er premissleverandør og den som har det siste ordet.

Økt kunnskap om kommunenes helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer kan bidra til å øke helseforetakenes kommunekunnskap.

I tillegg er det et spørsmål om undervisningen i planlegging bør rette seg spesifikt mot samhandling. Det betyr at en kommer inn på hvordan planlegging kan være et virkemiddel i samhandlingen slik deltakerne selv kommer inn på at vil være nyttig.

Videre kan dette være en utviklingsvei også for den delen av undervisningen som retter seg mot tverrfaglig samarbeid. Resultatene i statuskartleggingen heller i retning av at det synes å være større samarbeidsutfordringer på tvers av kommune og helseforetak enn på tvers av den enkelte organisasjon.

Det bringer oss over på observerte endringer mellom andre og første kulls besvarelser. De viktigste forskjellene er at en i mindre grad enn tidligere vektlegger at undervisningen blir for eksempelorientert. En er mer opptatt av at undervisningen ikke skal være for akademisk og teoriorientert uten kobling til praksis. Praksisorienteringen løftes fram som viktig dersom undervisningen skal oppleves relevant. Dette er en vanskelig balansegang og det kan synes som om man det andre året har gått for langt mot det teoretiske uten å koble det godt nok til praksis.

Studentene på første kulls kunnskapsbehov slo sterkere ut i forhold til tverrsektorielt samarbeid og statistikk enn studentene på andre kull. Årsaken kan bestå i at studentene har en annen bakgrunn, at det er relatert til en bedre praksis på disse områdene eller at undervisningen har blitt forbedret. Når det gjelder samhandling er imidlertid kunnskapsbehovet like stort.

### 3 Studentens vurdering av Helse og Omsorg i Plan

I første delrapport (Hofstad og Helgesen 2013) viste vi at det store bildet var at studentene var fornøyde med Helse og omsorg i planstudiet. Studentene pekte likevel på noen utfordringer både av innholdsmessig og praktisk karakter. I denne rapporten skal vi gå noe inn på om årets studentkull oppfatter at det er utfordringer på samme måte. I år er det inkludert enda et studiested, Universitetet i Agder, og antallet studenter som besvare på spørreskjemaet har derfor økt fra i fjor.

Undersøkelsen ble sendt til alle studentene som deltok. Fire e-mailer kom ikke fram til mottakerne. 163 Studenter fikk muligheten til å svare, 107 benyttet seg av den. I fjor var det 74 som svarte.

Tabell 3.1 *Respondentene fordelt på studiested. I prosent, N=106*

Studiested	Andel respondenter
Lillehammer	14
Høgskolen i Vestfold	22
Høgskolen i Volda	18
Universitetet i Tromsø	19
Universitetet i Agder	27
Totalt	100

Andelen studenter fra de ulike studiestedene fordeler seg nokså likt. Men det er en god del færre som har svart fra Lillehammer enn fra Universitetet i Agder. Hos sistnevnte har alle studentene besvart undersøkelsen.

### 3.1 Informasjon og innsikt

64 prosent av studentene er av den oppfatning at informasjonen de fikk om studiet før de begynte var god, mens 30 prosent mener denne informasjon var midt på treet. 5 prosent mener informasjonen var dårlig. Den siste prosenten mener det var et minimum av informasjon. Dette er en reduksjon fra i fjor da 78 prosent mente at informasjonen de fikk før de begynte på studiet var god. I 2014 er det 49 prosent som mener informasjonen samsvarte greit med innholdet i studiet. Videre var det mange (49 prosent) som mente samsvaret mellom den informasjonen de fikk om studiet og det de opplevde at studiet tilbød dem kun var greit. Hvor store andeler av studentene som mener at studiet ga dem innsikt i en del sentrale problemstillinger for helse og omsorg i plan vises i tabell 3.2.

Tabell 3.2 *Innsikt i tema. I prosent, N=106. Flere svar mulig.*

Tema	God innsikt	Passe god innsikt	Noe innsikt
Planprosesser	58	21	21
Lovverk	32	43	22
Styring	33	43	24
Partnerskap	36	37	25
Teorier	72	18	10
Begreper	57	36	7
Metoder	15	31	35

- Studentene mener de har fått best innsikt i teorier og begreper om helse og folkehelse.
- De mener også de har fått god innsikt i planprosesser
- Noe over en tredjedel mener de har fått god innsikt i partnerskap, styring og lovverk

Vi har også spurt om studiet ga innsikt i generelle planprosesser som gjennomføres på arbeidsplassen studentene kommer fra. 78 prosent mener at studiet ga passe innsikt i slike prosesser. At de fikk ferdigheter til å delta i planprosesser var det 30 prosent av studentene som mener at de ikke fikk og 52 prosent mener de fikk få ferdigheter til å delta i planprosesser.

---

Studentene har muligheten til å kommentere undervisningen i et åpent felt til slutt. En del av kommentarene knytter seg til undervisningen i planlegging:

Det ble brukt for lite tid på å gå gjennom planarbeid i praksis – vise hvordan slike prosesser skal gjennomføres fra a til å. Forelesningene knyttet til plan- og bygningsloven var for dårlig

Fikk innsikt i overordnet planarbeid (kommuneplan), men lite ferdigheter i fht å drive planprosesser

Studiet burde etter min mening hatt større fokus på selve planprosessen og hvordan man praktisk skal får folkehelseperspektivet (helse i alt vi gjør) inn i alt planverk i kommunene. En slags planprosessen fra A til Å. Dette er det ikke tradisjon for, og man burde hatt noen ideer om hvordan dette skal gjøres. Det er en forventning hos arbeidsgiver at man etter dette studiet skal ha god plankompetanse....det vil jeg ikke si at studiet ga meg

Hadde forventinger om mer konkret opplæring/verktøy i offentlig/kommunal planlegging – sammenheng i kommunalt planverk – implementering av planer i totalt planverk

Nå er det iverksetting av folkehelseplanen og å få systemet til å fungere som (er) neste milepæl. Jeg mener at studiet må gi studentene en innføring i denne typen systematisering og systemtenkning fordi det er en forutsetning for å få til et langsiktig og effektivt folkehelsearbeid i kommunene

Mer om hvordan arbeidet med helse inn i planleggingen, mer konkret enn det som var

Kunne også tenkt meg mer på planprosesser både for implementering og hvordan lykkes for å skape gode prosesser i et endringsperspektiv

Studiet kunne med fordel ha fokusert mer på implementering av planer, da det ofte er der kommunene strever mest



Kort beskrevet hadde jeg et behov for å vite mer om – hva bør man tenke på i forbindelse med plan og utvikling i en kommune – hvorfor er dette viktig – hvilke verktøy kan man bruke og hvilke verktøy egner seg til de ulike oppgavene – hvilke teorier ligger til grunn for de ulike valgene

De fleste som kommenterte på planleggingsundervisningen mener altså at den hadde for liten plass i undervisningen og at den undervisningen som var, var for lite praktisk. Det ble også nyansert mellom planlegging på de ulike helseområdene som studiet dekker:

Savnet planlegging relatert til helse og omsorg i stedet for folkehelse

Vedkommende som skriver dette påpeker videre at selv arbeider han ikke med folkehelse og mener studiet i for stor grad fokuserte på dette, og dermed for lite på helse og omsorg. Dette var det i for liten grad opplyst om i den informasjonen som ble gitt om studiet.

Sammensetningen av studentene ble til dels opplevd å ha en helseslagside:

Vi mener at selve tittelen på studiet «Helse og omsorg i plan», gjør at det rekrutteres mest helsefolk. En burde sørge for at flere planfolk ble rekruttert. Hvis dette studiet skal gjøre kommuneansatte i stand til å knytte folkehelsearbeidet inn i plan, så kreves det at denne kompetanse finnes på tvers av sektorene i kommunene

Synes sammensetningen av deltakergruppen var veldig smal. De første samlingene ble veldig mye helsetjenester. For mye overvekt av ansatte i helse- og omsorgssektoren. Lite fra andre sektorer. Alt for få planleggere

Opplevde at fokuset ble noe smalt og tverrfaglig innenfor helseprofesjonene både i og utenom forelesningene, nettopp fordi vi var så mange helsefolk

Som i fjor er det punktet om metoder som kommer dårligst ut. Tabell 3.2 viser at det kun er 15 prosent som mener de har fått god innsikt i metoder for lesing av statistikk og etablering av egne indikatorer på kommunalt nivå. 35 prosent mener de ikke har fått

noe innsikt i dette mot fjorårets 41. Det tyder på en liten forbedring på dette punktet.

Spørsmålet om metoder ble fulgt opp av tre mer spesifikke spørsmål som gir et interessant bilde av hvilke områder studentene opplever at de har behov for mer kunnskap på, enn det studiet gav dem. For det første ba vi studentene svare på om studiet ga dem innsikt i hvor de kunne finne informasjon, kunnskap og statistikk om helse og folkehelse. 36 prosent mener de fikk god innsikt i dette, den samme andelen mener de fikk passe innsikt, mens 26 prosent mener de fikk noe innsikt i hvor de kunne finne informasjon og statistikk. De fleste mente altså undervisningen var tilfredsstillende på dette punktet. Det er i overensstemmelse med vurderingene til studentene i første kull, også de mente undervisningen var tilfredsstillende. Imidlertid ser vi over at et stort mindretall, 26 prosent, har en mer negativ vurdering av dette.

For det andre ba vi studentene svare på om studiet ga dem kunnskap om hvordan de kunne tilpasse informasjon og statistikk til eget utfordringsbilde på sin arbeidsplass og bruke den i planleggingen på helse- og folkehelseområdene. 73 prosent mener at studiet gav ingen eller bare noe kunnskap om slik tilpasning av informasjon og statistikk. I fjor pekte vi på at det er et rom for forbedring på dette området, det er det altså i aller høyeste grad fortsatt.

For det tredje ba vi studentene svare på om studiet ga innsikt i utviklingen av egne indikatorer til bruk i planleggingen. Her svarer et flertall på 61 prosent at studiet ikke ga, eller bare ga noe innsikt i dette. Det er altså særlig i forhold til punktet om statistikk og informasjon at studentene har behov for mer kunnskap. Mens behovet for kunnskap om egne indikatorer og tilpasset statistikk ble løftet fram av studentene i fjor da de ga sine kommentarer i åpne svarfelt, var dette i liten grad tilfellet i år. Likevel var det noen:

Oversiktsarbeid, folkehelseprofilene og oppbyggingen av indikatorer kunne vært belyst mye tydeligere

Litt for lite vekt på statistikk og hvordan innhente bakgrunnsmateriale og diverse dokumentasjon (vet at KS har egne opplegg for dette)

Mer om bruk av god statistikk som  
beslutningsgrunnlag

### 3.2 Gjennomføring av studiet

Studiet skal dyktiggjøre deltakerne i å se sammenhenger mellom helse- og folkehelserelaterte spørsmål de arbeider med på sin arbeidsplass og inkludering av helse i planleggingen. Generelt er studentene positive til undervisningen på dette området.

Til spørsmålet om selve studiet viser 42 prosent av studentene til at det i all overveiende grad var bra samsvar mellom læringsmål og forelesninger, mens 18 prosent mener det var godt samsvar. Videre mener flertallet (71 prosent) at det var en god avveining mellom pensumstoff og eksempler. 13 prosent mener det var bare pensumstoff i undervisningen og lite eksempler. 52 prosent mener studiet var tilpasset det utfordringsbildet de har på sin arbeidsplass i tilknytning til Samhandlingsreformen, mens 21 prosent mener tilpasningen til arbeidsplassens utfordringsbilde var god. Noen mente også at studiet overhodet ikke var tilpasset de utfordringene de opplever på sin arbeidsplass (11 prosent). 50 prosent mener også at studiet var tilpasset de behovene de opplever å ha i sin arbeidshverdag, 25 prosent mener denne tilpasningen var god.

Studentene blir også spurt om balansen mellom helse og folkehelse i undervisningen. Flertallet (62 prosent) mener at studiet hadde en god balanse mellom helse og folkehelse.

Studentene mener ikke de fikk spesielt gode ferdigheter i å delta i planprosesser, samtidig mener de at de fikk ferdigheter i å gjennomføre kompetansekartlegging og 39 prosent mener deres ferdigheter her ble ganske gode, mens 37 prosent mener ferdighetene ble gode.

I det åpne kommentarfeltet til slutt i spørreskjemaet er det overvekt av negative kommentarer til gjennomføringen av studiet. Det er altså de studentene som er misfornøyd som har ytret seg. Vi inkluderer noen av svarene deres fordi det kan gi nyttig innsikt til tross for at dette ikke er i samsvar med det generelle bildet.

Om forholdet mellom teori og praksis:

I stedet var det et stort fokus på dette var et masterstudium, med dertil fokus på teorier og lite fokus på praktisk tilnærming i en kommune. På bakgrunn av dette mener jeg at studiet var dårlig tilpasset den hverdag og de behov jeg har som planlegger og det ga meg lite utbytte.

Om læringsmål:

Studiestedet burde jobbe mer med struktur slik at læringsmål, forelesninger og pensum henger bedre sammen og kommuniseres tydeligere. Opplevdes nå som fragmentert.

Om balansen mellom folkehelse og helse:

Navnet helse og omsorg i plan er også litt misvisende. Det var mye mer folkehelse enn jeg trodde av navnet. Tror dette påvirker hvor mange planleggere som melder seg på

Synes også studiet hadde i overkant mye fokus på folkehelse, de store utfordringene i pleie/omsorgstjenesten fikk for lite plass og fokus

Jeg hadde forventinger til at dette med ledelse, prioritering av fremtidens tjenester skulle ha et større fokus. Jeg synes det ble vel mye fokus på folkehelse...

Savnet fokus på omsorg, det var mye folkehelse

### 3.2.1 Studiets fokus på tverrsektorielt arbeid

I fjor stilte vi spørsmålet om tverrsektorielt samarbeid i tilknytning til oppgaver som kommer med Samhandlingsreformen. I år har vi tonet ned tilknytningen til reformen for bedre å tilpasse spørsmålene til representanter som deltar fra alle typer arbeidsplasser, kommuner, sykehus, fylkeskommuner og fylkesmenn. I analysene har vi ikke fordelt studentene på ulike typer arbeidsplasser, det er langt flest som kommer fra kommuner, men hovedinntrykket er at tverrsektorielt arbeid skårer mellomgodt i studentenes vurdering av studiet de har deltatt på. På spørsmålet om å få ferdigheter til å igangsette og drive tverrsektorielt arbeid for å iverksette helseoppgaver fordelte svarene seg som vist i tabell 3.3.

Tabell 3.3 *Ferdigheter i tverrsektorielt arbeid. I prosent, N=104. Flere svar mulig.*

Ferdigheter i tverrsektorielt arbeid	Andel
Ja, i min avdeling på min arbeidsplass	27
Ja, i samarbeid med andre avdelinger på min arbeidsplass	49
Ja, i samarbeid med eksterne aktører	50
Nei	12,5
Vet ikke	21

Når respondentene svarer «vet ikke» tenker vi at dette har vært lite til stede i undervisningen. At en så stor andel, 33,5 prosent, svarer at ferdigheter i igangsetting og drifting av tverrsektorielt arbeid ikke har vært fokusert eller de ikke vet om det har vært fokusert, er noe foruroligende for et tema som er for så vidt viktig i både helse- og omsorg og folkehelsearbeidet. Som vi så over ble også perspektivet om «Helse i alt vi gjør» (Health in All Policies) etterspurt i det åpne svaralternativet.

Av resultatet over ser vi at om lag halvparten av studentene mener tverrsektorielt arbeid med eksterne aktører og med andre avdelinger på min arbeidsplass ble vektlagt. Mens ferdigheter i tverrsektorielt arbeid i min avdeling på min arbeidsplass var mindre fokusert. Det er dermed det generelle tverrsektorielle samarbeidet som blir sterkest vektlagt, mens det spesielle, mer sektorspesifikke ikke i like stor grad vektlegges. At halvparten av studentene ikke opplever at undervisningen har fokusert på om å få ferdigheter til å igangsette og drive tverrsektorielt arbeid for å iverksette helseoppgaver er i grunn overraskende. Dette er et helt sentralt punkt som en skulle tro alle undervisningsinstitusjonene fokuserte på.

### 3.3 Arbeidet med oppgaven og eksamen

Arbeidet med oppgaven utgjør en stor del av studiet og det er viktig å fange opp hvordan studentene opplever dette. Likevel teller oppgaven bare 40 prosent ved eksamen, mens skoleeksamen teller 60 prosent. Det er derfor også viktig å fange opp hvordan studentene oppfatter at det var å gjennomføre hjemmeeksamen i dette studiet. Andelen som har krysset av for at de er enige og

passe enige i en del påstander om oppgaveskrivingen vises i tabell 3.4.

Tabell 3.4 *Studenter som er enige og passe enige i en del påstander om arbeidet med oppgaven. I prosent, N=104. Flere svar mulig.*

Påstander	Andel enig og passe enig
Arbeidet med oppgaven var en positiv opplevelse	81
Problemstillinger for enkeltoppgaver ble diskutert	79
Jeg valgte gruppe selv	73
Samarbeid var enkelt	71
Tilbakemeldingen min gruppe fikk var gode og grundige	70
Jeg arbeidet sammen med andre som var lokalisert i nærheten	59
Veiledningen var ikke tilstrekkelig	35
Jeg samarbeidet med folk langt unna	29
Oppgaven burde vært individuell	28
Det var ikke satt av nok tid i samlingene til arbeidet med oppgavene	27
Det var vanskelig å finne teorier som passet til vår problemstilling	25
Læringsutbyttet av arbeidet med oppgaven var dårlig	13
Jeg ble plassert i en gruppe	9

Tabellen viser at:

- Arbeidet med oppgaven oppfattes som positivt
- Problemstillinger for enkeltoppgaver ble diskutert i plenum
- De fleste studentene valgte samarbeidsgruppe selv
- Det var enkelt å samarbeide
- De fleste oppfatter at de fikk tilbakemeldinger som var gode og grundige

Samtidig er disse trekkene ved arbeidet med oppgaven noe av det studentene velger å kommentere på i det åpne feltet. Igjen er det de mest negative som har tatt seg tid til å kommentere:

I tillegg synes jeg det var alt for stort fokus, og alt for mye ressurser som ble lagt ned på den prosjektoppgaven som vi skulle skrive. Jeg hadde en opplevelse av at det var viktigere at denne tilfredsstilte kravene til en masteroppgave, enn det faktiske læringsutbyttet av oppgaven. For min del hadde det vært bedre om denne oppgaven ble fjernet, og at det ble lagt inn mer diskusjoner i timene basert på konkrete eksempler i forhold til hvordan dette er løst, hvem som har lyktes og hvorfor

Opplevde at veiledningen på prosjektoppgaven var for dårlig (mulig veileder hadde for mange oppgaver). Det ble brukt for mye tid på å gå gjennom prosjektoppgavene folk jobbet med i plenum

Opplevde at det ble brukt mye tid på klassepresentasjon av oppgavene. Slik presentasjon oppleves å ha begrenset verdi for andre enn den/de som presenterer. Opplevde å få god veiledning på prosjektoppgava, men når karakteren kom skjønte vi at veiledningen må ha vært svært dårlig

Jeg ser i ettertid at metodedelen på prosjektdelen, der skulle vi fått mer undervisning. Prosessen og veiledning fra lærere på det området har ikke vært god

Oppgaven har for stor plass. Overskygger alt annet pensum som en gjerne skulle hatt bedre tid til å sette seg inn i. Heller flere små oppgaver på ulike områder av pensum

Undervisningstiden på samlingene ble brukt til prosjektoppgaver fremfor å få forelesninger. Når man kommer på en høyskole for undervisning så forventer jeg at forelesere skulle forelese i pensum. Ikke at studentene skulle bruke et hav av tid på å sette seg inn i prosjektoppgaven, velge grupper etc.

Det er flere som har kommentert at det var mye og god kompetanse samlet i forelesningssalen og at undervisningsstedene ikke klarte å utnytte den kompetansen ved å holde i gang

diskusjoner mellom studentene. Noen eksempler presenteres nedenfor:

Savnet rom for at de kompetente studentene kunne diskutere egne reelle problemstillinger og komme med innspill til studiet, som var alt for forelesnings- og teoritungt. Så mye kompetanse i salen, og ingen som var interessert i å høre på den!

I klassen var der massiv kunnskap frå dei fleste fag- og forvaltningsområder. Skolen klarte ikkje å bruke dette

Kompetansen og erfaringene fra studentene kunne med fordel vært trukket mer aktivt inn i undervisningen

Kunne muligens legge opp til case-undervisning og diskusjoner om spesifikke problemstillinger hvor studentene hadde forberedt seg på forhånd... Ble litt mye «forelesninger» med varierende kvalitet

Eksamensformen er hjemmeeksamen. Vi spurte studentene hvordan de opplevde at det gikk. Svarene vises i tabell 3.5.

Tabell 3.5 Opplevelse av eksamensarbeidet. I prosent, N=104

Opplevelse av eksamensarbeidet	Andel
Det gikk fint	62,5
Det var dårlig tid	19
Det var ensomt	-
Jeg hadde mye å gjøre på den tiden og eksamen ble vanskelig	12,5
Uaktuelt	5

De fleste syntes altså at arbeidet med hjemmeeksamen gikk fint. Det er likevel noen som hadde negative erfaringer som har valgt å kommentere dette i det åpne feltet:

Eksamensformen synes jeg var veldig utmattende og hektisk måte å ha eksamen på, enten burde dere kjøre vanlig skoleeksamen (på seks timer) eller så burde hjemmeeksamen var i 3-4 dager, 1 døgn var helt grusomt



Jeg likte tidsfristen på hjemmeeksamen svært dårlig.  
Jeg ser ingen hensikt med så kort tidsfrist for en såpass stor oppgave

Jeg synes vektingen mellom oppgave og hjemmeeksamen var feil. Oppgaven burde talt mer enn hjemmeeksamen

### 3.4 Refleksjonspunkter

Under tar vi opp de viktigste funnene i undervisningskartleggingen og ser dem i lys av fjorårets resultater.

Det er fortsatt forskjell i studentenes meninger angående balansen mellom helse og folkehelse – noen av undervisningsinstitusjonene fokuserte mye på det ene og lite på det andre, mens en balanse er ønskelig.

Studentene er ledere eller rådgivere i kommunene og har et høyt kunnskapsnivå. Disse studentene uttrykker forventninger til at stoffet blir presentert av godt skolert fagpersonell og at de selv trekkes inn i diskusjoner der de kan få brukt sin kompetanse. Gruppen studenter skiller seg med andre ord fra ”vanlige” studenter, noe som bekreftes av koordinatorene for undervisningen. Det gjør at kurset fortsatt oppleves både spennende og krevende å undervise på. Det er fortsatt viktig at det jobbes med å sikre et faglig og analytisk høyt nivå.

Studentene gir også i 2014 uttrykk for at metoder for innhenting av statistikk og utvikling av egne indikatorer burde vært løftet fram i større grad. Spesielt savnet de å få innsikt i kilder til statistikk og informasjon som kan brukes i planlegging, nærmere bestemt hvordan de kan tilpasse statistikk til eget utfordringsbilde og hvordan de kan utvikle egne indikatorer. Her har undervisningsinstitusjonene fortsatt en utfordring knyttet til å undervise i statistikk og finne fagfolk som evner å gjøre innføringen i statistikkbruk relevant for studentenes arbeidshverdag. Ikke minst er utfordringen å synliggjøre hvordan helsestatistikk kan integreres i planleggingen. Studentene er mer kritiske til undervisningen i planlegging i 2014 enn de var i 2013. De mener blant annet at det burde fokuseres mer på bruk av verktøy i planlegging, samt verktøy for å integrere helse i plan.

Samtidig er de mer kritiske til at studiet ikke er tilpasset studenter som har bakgrunn fra planlegging. Et studie i «helse og omsorg i plan» aktiviserer først og fremst studenter med bakgrunn fra helse og omsorg og folkehelse.

Angående den praktiske gjennomføringen av studiet mente de fleste at det ble gjennomført på en god måte. Alle studentene var likevel ikke like fornøyd med informasjonen de fikk innledningsvis og underveis i studiet.

## 4 Konklusjon

Refleksjonspunktene på slutten av de foregående kapitlene inneholder konkrete innspill til videreutvikling av Helomplan. Fokus her er å se de foregående kapitlene under ett. Ettersom statuskartleggingen viser studentenes forventninger og kunnskapsbehov til undervisningen, mens undervisnings-evalueringen viser deres vurdering av Helomplan etter undervisningens slutt, gir en sammenlikning av resultatene av de to undersøkelsene grunnlag for å kunne vurdere hvorvidt undervisningen har klart å møte det kunnskapsbehovet målgruppene hadde før de startet på studiet.

Statuskartleggingen viser at studentene har en forventning om at studiet skal gi dem nøkkelen til å kunne hevde seg bedre i strategiske prosesser, spesielt kommuneplanprosesser og på den måten øke legitimiteten og oppmerksomheten om folkehelse- og helsemålsettinger. Blir dette kunnskapsbehovet møtt i undervisningen? Studentene mener de har fått god, overordnet innsikt planprosesser. Imidlertid mener et flertall at de fikk få ferdigheter i å *delta* i planprosesser. Studentene utdyper dette ved å vise til at de ønsker seg mer kunnskap enn det som ble gitt i hvordan planprosesser skal gjennomføres fra a til å. De trenger med andre ord ikke bare en teoretisk innføring i planlegging, men også mer kunnskap om praktisk planlegging, ikke minst gangen i en planprosess.

Dette forholdet mellom teorifokus og praksisnær undervisning tematiseres mer overordnet både i status- og undervisningskartleggingen. I statuskartleggingen vektlegges behovet for å gjøre teoriundervisningen mer praksisorientert. Med andre ord at det blir en kobling mellom teoriene og det studentene arbeider med til daglig. I undervisningskartleggingen kommer studentene selv med svaret på hvordan en kan skape en sterkere overensstemmelse mellom teori og praksis. De framholder at undervisningen i liten

grad nyttiggjør seg den kompetansen som studentgruppa utgjør ved å trekke deres erfaringer inn i undervisningen. Studentene mener dette er bortkastet fordi det ville være svært nyttig å høre de andres refleksjoner fordi de sitter med nyttig innsikt. Dette er et veldig konkret innspill som relativt enkelt burde være mulig å bake inn i undervisningen.

Studentene i 2013/2014-kullet er mindre opptatt av å få kunnskap om tverrsektorielt samarbeid og statistikk enn året før. Likevel utgjør disse en helt sentral del av undervisningen, og det er grunn til å se nærmere på studentenes vurdering av undervisningen av disse punktene. Undervisningskartleggingen viser at studentene mener undervisningen er tilfredsstillende når det gjelder to indikatorer på tverrsektorielt samarbeid, nemlig styring og partnerskap. Imidlertid viser denne andre delrapporten i likhet med i første delrapport, at samhandlingsutfordringene mellom kommuner og helseforetak er store, og at det er et behov for mer kunnskap om kommunene i helseforetakene og i plan- og prosesskompetanse knyttet til samhandling hos kommunene. Vi foreslår at dette feltet egner seg godt i forhold til eksemplifisering av tverrsektorielt samarbeid og strategisk planleggingsarbeid.

Mens studentene får tilfredsstillende kunnskap om hvor de kan finne informasjon, kunnskap og statistikk om helse og folkehelse, møter undervisningen i liten grad deres behov for kunnskap om tilpasning av denne informasjonen/kunnskapen til eget utfordringsbilde, samt utvikling av egne indikatorer. Når vi samtidig vet at dette er en viktig del av helseoversikten som kommuner og fylkeskommuner skal utvikle, er det grunn til å se nærmere på dette punktet. Funnet er i tråd med resultatet av delrapporten fra det første undervisningsåret.

Sammensetningen av studentene vies oppmerksomhet, både i statuskartleggingen og i undervisningskartleggingen. Studentene opplever at studentmassen er «smalere» enn de hadde sett for seg og smalere enn ønskelig. Helomplan har en overvekt av studenter med helsebakgrunn. Slik var det også i fjorårets kull. I hvilken grad har man vært aktiv nok overfor planleggere og andre? Det er også grunn til å spørre seg, slik også noen studenter gjør, om navnet på kurset i for stor grad gir assosiasjoner til helse og omsorg og derfor aktiviserer denne gruppen i størst grad? Folkehelse er en viktig komponent i kurset, men dette underkommuniseres i navnet. En

del deltakere blir derfor overrasket over at folkehelse har en såpass stor plass i undervisningen. Kursets relativt smale nedslagsfelt er et problem all den tid målet er at det skal bidra til å knytte helse og folkehelsearbeid tettere til planleggingen. Da er det et problem at planleggere i liten grad deltar og tar del i denne kunnskapen. Studentene er opptatt av dette. De mener en viktig suksessfaktor for at studiet skal skape endringer er at flere fra hver kommune deltar. Aller helst at både folkehelsekoordinator og planlegger tar studiet sammen.

I følgeevalueringen av det første året av Helomplan kom det fram at en del av studentene var misfornøyd med organiseringen og sammensetningen av gruppene i forbindelse med prosjektoppgaven (Hofstad og Helgesen 2013). Årets kull er i mindre grad opptatt av dette. Det virker dermed som studiene har vært responsive og funnet fram til ordninger mer tilpasset studentenes ønsker.

# Litteratur

Hofstad, H. and Helgesen, M.K. (2013): Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging, NIBR-rapport 2013:18, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.